

מדינת ישראל

אגף שיקום נכים - אגף שיקום נכים

טופס בקשה להחזר הוצאות נסיעה לטיפול רפואי

שם משפחה	שם פרטי	מס' תיק	דרגת נכות
מען:			נפח סמ"ק

אבקשכם להחזיר לי הוצאות נסיעה לטיפול רפואי לחודש _____.

הריני מצהיר בזאת שהנסיעות בוצעו: ברכב פרטי, בתחבורה ציבורית.

מצורפים בזאת האישורים הדרושים.

תאריך הנסיעה	מטרת הנסיעה	ממקום	למקום	פירוט ההוצאות*	
				מס' ק"מ ברכב פרטי	מס' ק"מ ברכב רפואי

* בטור "תחבורה ציבורית" יצוינו הוצאות הנסיעה בתחבורה ציבורית לזכאים שאינם בעלי רכב רפואי. הטור "מס' ק"מ ברכב רפואי" מיועד לזכאים בעלי רכב רפואי ובו יצויין מס' בקילומטרים לכל נסיעה. הטור "מס' ק"מ ברכב פרטי" מיועד לזכאים שאינם בעלי רכב רפואי ונסעו לטיפול ברכבם הפרטי.

חתימת המבקש

תאריך